Braucht die Brust ein Zentrum – Was bringen Screening, Qualitätssicherung und Diseasemangement? (2003 in Essen)

30. März 2003

(Last Updated On: 30. März 2018)
Kurzzusammenfassung von „Braucht die Brust ein Zentrum – Was bringen Screening, Qualitätssicherung und Diseasemangement"? – Veranstaltung des Genarchiv Essen in der Volkshochschule Bochum vom 24. Mai 2003

Inhalt [Ausblenden]

Aus dem Programm / Referentinnen

Entkörperung ärztlichen Denkens
Überlegungen zu einem veränderten Körperverständnis
Prof. Dr. Barbara Duden, Medizinhistorikerin, Universität Hannover

Gescreent – Gemanaged – Qualitätsgesichert
In welche Programme sollen Frauen eingebunden werden?
Beate Zimmermann, praktische Ärztin und Mitarbeiterin des Genarchiv Essen

Über Zumutungen des Risikodenkens
Der Zahlenzauber der Statistik
Dr. Silja Samerski, Biologin und Sozialwissenschaftlerin, Bremen

Was lässt das Brustzentrum der Klinik?
Folgen für die klinische Betreuung
Renate Ullrich-Danders, Gynäkologin im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke

Hintergrund der Veranstaltung:
Ohne Rechtfertigungszwang querdenken, gesundheitspolitische Debatte um „Brustzentren“ und damit verbundene Fragen wie: Verbessert ein Brustzentrum Behandlung und Betreuung von an Brustkrebs erkrankten Frauen? Wird man den einzelnen Frauen gerecht? Was unterscheidet Brustkrebs von anderen bedrohlichen Erkrankungen? Warum steht Brustkrebs so im Mittelpunkt? Kann die Magie der Versprechungen von Qualitätsssteigerungen entzaubert werden? (s. S. 2 Link zur Doku)

Nachfolgend Inhalte in Stichpunkten als Einstieg in die unten verlinkte vollständige Dokumentation und in eine andere Sichtweise:

Einleitendes: Gescreent, gemanaged, qualitätsgesichert – In welche Programme sollen Frauen eingebunden werden?

Beate Zimmermann

Vier Projekte schaffen eine neue Struktur: Screening, DMP, DRG, Brustzentren. Frauen werden eingefädelt und durchgeschleust.

- Rationalisierung mit dem Ergebnis der Leistungsminderung für die individuelle Patientin
- Verschwinden der individuellen Patientin
- Gleichbehandlung der Brüste = Gleichmachung aller Patientinnen, Leitlinien behandeln alle Fragen überall gleich, unterschiedliche Behandlung wird zum Kunstfehler
- Ausschaltung unterschiedlicher Verhaltens- und Behandlungsmöglichkeiten
- Überleben nur vermeintlich gesicherter

Kulturelle, technische und soziale Trends

Barbara Duden: Vom Körperbild zum Körper

- Auswirkungen des ärztlichen Denkens auf die Selbstwahrnehmung der Patientin
- Die Antwort des Arztes steckt den Rahmen ab, in dem sich die Patientin wahrnehmen kann
- Durchdringung von praxisleitenden Vorstellungen
- Noch tiefere Entwertung der Sinne der Patientin durch moderne Risikoverwaltung
- Die Wirkung des Arztes (Blick, Mitteilungen), damals, gestern, heute (drei unvergleichliche Welten)

- „Körper“: epochenspezifisches Körperverständnis, Körpervorstellung (Aufstieg und Untergang des medizinisch definierten Körpers), Kontraste:

    Idealisierung?: der ältere Arzt behandelt keine Körper, sondern Frauen

    - Observationes als sorgliche Aufmerksamkeit durch den Arzt
    - Trost, Linderung
    - Förderung des Vertrauens in die Heilkraft der eigenen, eigenartigen, eigenwilligen Natur
    - Mimetisch, mithörend, mitleidend
    - gegenseitiges Anwesendsein
    - Anteilnahme des Arztes, der Arzt nahm Anteil an Erzählungen, dem Leben der Patientin
    - Zuhören vor Tasten, Tasten oft gar nicht, unreines, irregeleitetes Geblüt als Ursache
    - Patientin schlägt Therapie selbst vor: „Ausschneiden lassen“, so geschieht es, bei Aderlasser oder Chirurgus, nicht bei dem betreuenden Arzt, der nur dabei ist, wundheilende Umschläge mit Myrrhe (Cancri, Hühnerei groß), Therapie „soll heilend wirken“

  Behandlung der Entität

  - Aufkommen der Anatomie in der Klink (Foucault)
  - Anamnese
  - Patientin als Bündel aus Pathologien, Abnormalitäten und therapeutischen Bedürfnissen
  - Körper der Patientin als beobachtetes Objekt
  - Der abgehorchte Körper ersetzt die Anamnese

Behandlung auf der Basis statistischer Konstrukte
  - Patientin als Risikoprofil
  - Idee eines trügerischen Körpers
  - Patientin wird darauf trainiert, wachsam zu sein, dass ihr Körper sie betrügen kann (Bezugnahme Kaufert)
  - Was die Patientin selbst sagen kann, wurde zur Nebensache, Medizin ertaubt, Klage der Patientin wird kein Raum gegen
  - unwirkliche Zukunft von Wahrscheinlichkeiten in Abhängigkeit von Faktoren
  - Selbsthilfehandbuch übernimmt Arztsicht und kritisiert Frage nach Nebenwirkungen, auch hier gehe es um den entitativen Körper als Objekt medizinischer Beobachtung
  - Selbstauslöschung („mein Immunsystem“)
  - Testresultate bilden den Rahmen für das Gespräch für Mediziner und Klientin/Patientin
  - Krankenakte verkörpert als Symbol der Zeit die Begegnung mit dem Medizinsystem
  - Verinnerlichung von Diagnosen wird durch die Verinnerlichung von Risiken ersetzt (immer währendes Risikobewusstsein)
  - Arzt als Berater für Testoptionen
  - Krankheit ist nicht mehr das einzige Butterbrot von Medizin
  - Biomedizin (Gen- bzw. Hightech-Medizin) bezieht sich auf Populationen
  - Risikokalkulationen ersetzen Krankheitslehre
  - technische Entscheidungsfindung, Management der Zukunft (bodenlose Gegenwart, abgründige Angst). Resultat: Die total verängstigte und immer kontrollbedürftige, die gesunde und doch an Risikoangt erkrante Frau zustande – ein virtueller „Körper“. „Bodenlos fühlt sich die durch Risikoangst verkrebste und durch zwieschlächtige Testbefunde zum Fall in statistischen Populationen entwirklichte Frau. Ihr eigenes Fleisch und Blut, sie selbst muss für sich selbst zur Bedrohung werden.

Silja Samerski: Risikodenken

- Kritik der Statistik im Alltag
- Statistik wandert aus ihrem Ursprungskontext von der Medizinstatistik in die Heilkunde, von der Soziologie in das politische Gespräch
- infiltrierende Begriffe
- Angst durch Berechnungen, die zu Diagnosen mutieren
- Verwechselung des statistischen Risikos mit einer ärztlichen Diagnose
- Prognose/Vorhersage („Eugenik“ – Verbesserung der Erbanlagen)
- Brustkrebsrisiko per Attest
- verringerte Überlebenswahrscheinlichkeit bei Therapieverzicht

Screening

Barbara Duden

- Frauen sollen sich einer Kontrolle unterwerfen
- Arzt als Gesundheitsverwalter
- Risikoangst: Empfehlungen auf der Basis einer Risikoklasse
- Screening und genetische Beratung als Ritual
- <yBotschaft: Nur auf die Technik, nicht aber die eigenen Sinne ist Verlass
- Behandlung von Risiken

Beate Zimmermann

Screening – Nebenwirkungen

- Je früher diagnostiziert, desto erfolgreicher behandelt?
- epidemieartige Ausbreitung wird suggeriert, lassen Screening notwendig erscheinen
- Zynismusvorwurf an diejenigen, die sich warnend äußern
- Vorverlegung von Diagnosen
- Anstieg der Diagnosen
- Überdiagnosen (wären nicht zum Problem geworden)
- mehr aggressive Therapien (Cochrane-Review)
- falsch-negative Befunde (Brustkrebs wird nicht erkannt)
- Bei starkem Anstieg der Diagnosen und Überlebenden bleibt die Gesamtsterblichkeit stabil
- Bessere Behandlung wird lediglich suggeriert
- Lead-Bias: Statistik verbirgt, dass der Todeszeitpunkt einer Frau unabhängig von Früherkennung ist
- Lead-Bias: Längere Lebenszeit durch Screening lässt sich nicht belegen
- Lenght-Bias: (unterschiedliches Wachstumsverhalten von Tumoren) Es werden nur Tumore gefunden, die langsam wachsen und damit ungefährlicher sind, die schnellwachsenden entdeckt das Screening nicht.
- Bias bei Todesursachen: Tod durch Therapienebenwirkungen, durch andere Erkrankungen oder durch Krankheitsverlauf der Brustkrebserkrankung, lässt sich nicht immer klären.
- Überschätzung von Krebs als spezifische Todesursache (nur 3 bis 16% der Verstorbenen aus 12 Screeningstudien starben an [Brust]krebs. (Black, Haggstrom u. Welch, JNCI)
- Screening als Beispiel für die Manipulationsfähigkeit von Statistik

Zentrum

Gesundheitspolitischer Rückblick

Prof. Dr. Werner Audretsch berichtet von Aufbruchstimmung und in seiner Pressekonferenz v. 28.06.1992 bei European Breast Cancer Network (EBCN) „Zertifizierung von Brustzentren“: Ein Europäisches Programm sei überfällig, Aufbau mit vereinten Kräften, Beschluss mehr als 70 ExpertInnen aus dem Europäischen Brustkrebs-Netzwerk (EBCN, unter der Schirmherrschaft von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt) am 27.-29.06. in Wiesbaden. Gründung einer AG zur Festlegung der Anforderungen „an einen neu zu schaffenden Spezialisten“ (Spezialized Breast Surgeon neuen Typs, rekrutiert aus der Gruppe der Allgemeinchirurgen, der operierenden Gynäkologen und der plastischen Chirurgen, Zusatzquali soll für Ärzte, die sich ganz diesem Feld widmen, geschaffen werden). Trainingszentren: Cardiff (Univ.), Düsseldorf (Kliniken der Landeshauptstadt), Mailand (Instituto Europeo di Oncologia), Nottingham (Univ.) und Paris (Curie-Institute). Das Projekt wird gefördert vom Programm „Europa gegen den Krebs“ (Programm der EU, das von 1985-2003 lief).

Einstimmig wurde auch die Entwicklung und Erprobung eines Programms zur Zertifizierung von Brustzentren beschlossen. An den entsprechenden Zentren sollten die „Ärzte neuen Typs“ arbeiten, sie sollten ein Zertifikat der europäischen Organisation EUREF erhalten. (EUREF habe Prüfungsprotokolle entwickelt und erprobt, mit deren Hilfe sich kontrollieren lasse, ob die Leitlinien von Screening-Programmen richtig umgesetzt würden.)

Die Koordination des EBCN lag in deutscher Hand bei Dr. med. Lawrence von Karsa von der Planungsstelle Mammographie-Screening. (Quelle: ebreastctr, pdf), s. auch IARC.

Barbara Duden

Blick öffnen für scheinbar Unwesentliches, quer denken ohne Rechtfertigungszwang, offene kritische Diskussion

- Haben die Zentren die Versorgung verbessert?
- Werden die Zentren den einzelnen Frauen heute gerecht?
- „Vielfalt“ der Behandlungsmöglichkeiten bewahren?
- Warum steht BK so im Mittelpunkt?
- Magie der Qualitätssicherung entzaubern
- Ist allein ärztliches Denken Hintergrund für die Etablierung der Brustzentren?

Beate Zimmermann, Dr. Renate Ullrich-Danders: Brustzentren (Bestandteil einer großen Umstrukturierung aller Krankenhäuser)

- kein Zentrum (Ort) (oder nur im Ausnahmefall) , sondern eine Struktur
- nicht alle Einrichtungen, sondern nur bestimmte sollen operieren dürfen
- wohnortnahe Versorgung ist kein Kriterium
- extrem kurze Liegezeiten
- technische Leistungen werden dokumentiert, archiviert, ausgewertet
- gute OPs sollen möglich sein
- mindestens 150 OPs pro Jahr, 50 OPs pro Operateur
- Therapie soll evidence-based sein
- Operateur soll operieren, für Weiteres sind die LotsInnen zuständig
- Radiologie, Pathologie, Onkologie soll vorhanden sein / Konzentration von Leistungen
- statistische Erhebungen und klinische Studien werden durchgeführt, Studien sollen möglichst große Fallzahlen haben, multizentrische Industriestudien für neue Medikamente im Interesse der Hersteller
- es wird nicht garantiert, dass die Studien frei von Manipulationen sind
- therapeutische Erfahrungen außerhalb der Studienbetreuung, die nur zielgerichtete Parameter abfragt, bleiben unberücksichtigt (Evidence based medicine, was geht verloren, Meyer Thomas et al. Ethik in der Medizin 12 (2000) S. 208
- Doppelbefundungen
- Patientinneninformation
- Dokumentationspflicht
- Zersplitterung der Behandlungskette: Weiterreichen der Patientin von einer Expertin zur nächsten „optimal verwaltet erlebt die Patientin durchaus Enttäuschungen“
- intensives Arzt-Patientinnenverhältnis ist erforderlich, kann jedoch nicht gewährleistet werden (theoretisch liegt dies bei den niedergelassenen FachärztInnen, doch tatsächlich ist es bei gekürzten Zeitkapazitäten [Budgets] nicht zu erfüllen, Patientin hat keine „Bezugsärztin“
- Qualitätseinbußen, negativen Auswirkungen auf die Qualität der Behandlung
- Arztkonflikt: Ärztin-/Patientinnenverhältnis steckt in der Krise

DMP

Beate Zimmermann/ Renate Ullrich-Danders

- Programme wurden in USA durch die Pharmaindustrie entwickelt. Es gibt 100te Programme von unterschiedlichen Firmen. Da die Aktien von Pharmafirmen unter der Clintonregierung um 35% fielen, bemühten sich die Firmen aus wirtschaftlichem Interesse, an Chroniker-Programmen beteiligt zu werden. „Es geht nicht darum, eine Behandlung zu verbessern sondern die müden Tablettenschlucker zu identifizieren, sie zu motivieren und sie erneut einer Behandlung zuzuführen." Programmkritik: Verzicht auf Arzt-Patientenbeziehung und Ersatz des Arztes durch Kommunikation mit dem Callcenter. Management wird an zu gründende Unternehmen vergeben
- Krankenkassen haben Interessen am Programm wegen der Mittelverteilung aus dem RSA
- Standardisierung: Planung und Struktur (Disease-Management)
- Aufgabe: Varianz in der Behandlung reduzieren als Ansatz zur Industrialisierung der medizinischen (Dienst)leistung
- Behandlungsvertrag zur Unterschrift
- leitliniengestützt
- EMB als Feindbild
- Zwang zur Teilnahme an klinischen Studien
- festgelegte Kosten
- abgesteckter Zeitrahmen
- Bezahlung von GynäkologInnen als DMP-Ärzte und „Lotsin", die auch alles dokumentiert, Wirkungen, Nebenwirkungen, qualitätsgesicherte, zugliech wirtschaftliche Arzneimitteltherapie (dafür gibt es 17 Stunden Fortbildung zu absolvieren, danach jährlich Qualtitätszirkel. Die die einmalige Arbeit mit der Patientin sind bei diesem Anspruch 30 Minuten vorgesehen.) Als Vergütung sind € 15 extrabudetiert vorgesehen gewesen, vor der Therapie, 30 nach der Therapie, Nachsorge 15 Minuten je Quartal bei € 17.50 für die Dokumentation und Betreuung, ohne Doku € 12,50.
- gleichartige hochqualitative Behandlung für alle (vertragliche Festlegung der Gleichbehandlung jeder an Brustkrebs erkrankten Frau)
- Krankenkasse NRW: Begleitung während Behandlungsprozess unter angemessener Berücksichtigung des Lebensumfeldes, gezielte, patientinnenorientierte qualitativ gesicherte Information zur Aufklärung, um selbst stärker aktiv am Behandlungsprozess mitzuwirken, „umfassende Nachsorge im Hinblick auf die physische, psychische und psychosoziale Rehabilitation"

Kritik Inge Bönnighausen für den Deutschen Frauenrat: „An Männern getestet und Frauen verabreicht, die Anwendung der Leitlinien im Rahmen des BK-DMP ist nicht geschlchtsspezifisch, „Forschung hat frauenspezifische Besonderheiten nicht einbezogen", … „Leitlinien haben das männerzentrierte Muster einfach fortgeführt und zementiert", keine Ansätze für Frauenzentrierung im DMP, Artikel „An Männern getestet und Frauen verabreicht", tazNr. 6786 v. 28.06.2002, S. 3, Interview Ulrike Winkelmann

DRG – Eine ökonomische Struktur

DRG's sind „diagnosebezogene Fallgruppen" Diagnosis Related Groups und bezeichnen ein Klassifikationssystem für ein pauschaliertes Abrechnungsverfahren für Krankenhausfälle, s. Wikipedia Diagnosebezogene Fallgruppen.

Beate Zimmermann/Renate Ullrich-Danders

- Übernahme des Systems aus Australien
- Fehlbelegungen in Krankenhäusern sollen vermieden werden
- Kosteneinsparung, Bettenabbau

- Wettbewerb der Krankenäuser soll zusätzliche Kosten einsparen
- Fallpauschalen (je kürzer die Patientin im Krankenhaus, desto mehr Profit macht das Krankenhaus)
- Bezahlung pro Diagnose
- nicht Patienten, sondern Diagnosegruppen werden abgerechnet
- deutlich verkürzte Liegenzeiten (von 2 – 3 Wochen – Stand 1997 – auf 2,5 Tage)
- Patienten werden kostendeckend entlassen, um sie am nächsten Tag mit neuer Diagnose neu aufzunehmen
- Patienten werden in deutlich instabilerem Zustand entlassen
- Wer zu lange liegt, soll auf Kosten des Krankenhauses liegen (Krankenhaus hat offensichtlich falsch gearbeitet)
- Geld wird zu Lasten von Patienten verschoben

Silja Samerski:

- Panikartige Emotionalität in Bezug auf das Thema
- Patientinnen werden von ExpertInnen mit Risikozahlen überhäuft
- Patientin wird zum Teil einer Risikopopulation bzw. soll isch als Teil einer solchen verstehen
- Warum wird Früherkennung gepuscht?
- Zumutungen des Risikodenkens, Zahlenzauber der Statistik
- Suggestive Wirkung des Jonglierens mit Zahlen
- Epidemiologen, die die Szenarien entwerfen, sitzen vor dem PC und arbeiten theoretisch, Patientinnen sehen sie nicht
- Statistische Risikokorrelationen geben keinen Aufschluss über die Ursache der Krankheit

Zum Download

Auf der Webseite des Genarchiv Essen / Verein Impatientia e.V. liegt die vollständige Dokumentation der Tagung „Braucht die Brust ein Zentrum?“ zum Download

Mehr zum Thema

Dr. Silja Samerski: Der Mythos von der mündigen Patientin. Über die Fallstricke von Beratung und informierter Entscheidung (Vortrag bei der AKF-Jahrestagung 2011 – Gesichter der Frauengesundheit)

Literatur

Dr. Silja Samerski: Die Entscheidungsfalle. Wie genetische Aufklärung die Gesellschaft entmündigt, WBG 2010, ISBN 978-3-534-23687-9

Barbara Duden: Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730, Klett-Cotta, Stuttgart 1987 (Englische Übersetzung vonThomas Dunlap, The Woman Beneath the Skin. A doctor’s patients in eighteenth-century Germany, Harvard University Press, Cambridge, MA, London 1991)

Barbara Duden: Der Frauenleib als öffentlicher Ort. Vom Mißbrauch des Begriffs Leben, Mabuse-Verlag, 3. Auflage 2016 (Englische Übersetzung von Lee Hoinacki, Disembodying Women. Perspectives on pregnancy and the unborn, Harvard University Press, Cambridge, MA, London 1993)

Barbara Duden: Body History, a Repertory / Körpergeschichte, ein Repertorium, Tandem Kultur- und Sozialgeschichte, Band 1, Tandem, Wolfenbüttel 1990

Barbara Duden (Hg.) mit Uta von Winterfeld und Adelheid Biesecker: „Vom Zwischenruf zum Kontrapunkt. Frauen – Wissenschaft – Natur. Ein Frauenkongreß", Kleine Verlags-GmbH, Bielefeld 1997